An das

Hessische Ministerium für Arbeit, Integration, Jugend und Soziales

Stabsstelle Fachkräfte für Hessen

Sonnenberger Straße 2/2a

65193 Wiesbaden

fachkraeftesicherung@hsm.hessen.de

|  |
| --- |
| **ANTRAG auf Gewährung einer Zuwendung**⇨ **„Integrationsbonus“** |
|  |
| Name des Antragstellers*(Betrieb/ Einrichtung)* |       |
|  |
| Träger des Betriebs/der Einrichtung*(inkl. Rechtsform)* |       |
|  |
| Vollständige Anschrift mitE-Mail-Adresse und Telefonnummer |       |
|  |
| Ansprechpartner/-in mit Kontaktdaten (Telefon, E-Mail) und Funktion |       |
|  |
| Bankverbindung | Kontoinhaber/-in: |       |
| Name der Bank: |       |
| IBAN: |       |
| BIC: |       |
|  |
| In welcher Branche ist Ihr Betrieb/ Ihre Einrichtung tätig?*(Bitte ankreuzen, Mehrfachnennung ist möglich)* | Kinder- und Jugendhilfe | [ ]  |
| Eingliederungshilfe | [ ]  |
| Pflegerische Versorgung | [ ]  |
|  |
| Wie viele internationale Fachkräfte hat Ihr Betrieb/ Ihre Einrichtung zum Zwecke des Erwerbs der deutschen Berufserlaubnis bzw. Zulassung beschäftigt?*(Bitte ausfüllen)* | Wir haben Erfahrung mit       *(Anzahl)* Beschäftigten im Rahmen der beruflichen Anerkennungsverfahren in       *(Anzahl)* Jahren. |
| Wie viele Beschäftigte hat Ihr Betrieb/ Ihre Einrichtung? |       |
|  |
| Ist Ihr Betrieb vorsteuerabzugsberechtigt? | Ja. | [ ]  |
| Nein. | [ ]  |
|  |
| In welcher Höhe wird der Personalkostenzuschuss beantragt? |       Euro |
|  |
| Welche Maßnahmen planen Sie im Rahmen der Förderung weiterzuentwickelnoder zusätzlich zu entwickeln und umzusetzen?*(Bitte ankreuzen, Mehrfachnennung ist möglich)* | * Entwicklung und Umsetzung von Konzepten des Onboardings und der systematischen Einarbeitung mit Blick auf die besonderen Bedürfnisse internationaler Fachkräfte im beruflichen Anerkennungsverfahren
 |  |
| [ ]  |
| * Sicherstellung von festen Ansprechpersonen für die persönliche, fachliche und berufspädagogische Begleitung während der betrieblichen Phase der staatlichen Anerkennung des ausländischen Berufsabschlusses
 | [ ]  |
| * Entwicklung und Umsetzung zusätzlicher betrieblicher berufsfachsprachlicher, idealerweise arbeitsintegrierter Sprachförderangebote
 | [ ]  |
| * Vernetzung mit bestehenden regionalen und überregionalen Angeboten zur Unterstützung der sozialen Integration
 | [ ]  |
| * Interkulturelle Trainings für die aufnehmende Belegschaft
 | [ ]  |
| * Entwicklung eines umfassenden betrieblichen Integrationsmanagements
 | [ ]  |
| * Sonstiges, bitte benennen:
 |

|  |  |
| --- | --- |
| Bestätigungen*(Bitte ankreuzen)* | Hiermit bestätige ich, |
| * dass ich die beihilferechtliche Seite bzgl. der „De-Minimis“-Regelung geprüft habe,
 | [ ]  |
| * die beantragte(n) Maßnahme(n) noch nicht begonnen hat/haben,
 | [ ]  |
| * entwickelten Konzepte, Maßnahmen und Erfahrungsberichte dem Land Hessen zur Verbreitung unentgeltlich zur Verfügung stellen werde,
 | [ ]  |
| * die Bereitschaft besteht, im Rahmen von Informationsveranstaltungen die Vorgehensweise und die Ergebnisse zu präsentieren, und
 | [ ]  |
| * an den geplanten begleitenden Workshops teilzunehmen.
 | [ ]  |
|  |
| Anlagen: | * Erklärung über „De-Minimis“-Beihilfen
 |
|  |
| Ort, Datum, Stempel & Unterschrift |       |